

様式第 1 号（第 5 条関係）

飛驒市特定不妊治療・不育症治療通院助成金申請書兼請求書

年 月 日

飛驒市長 あて

申請者 住所
氏名
電話

飛驒市特定不妊治療・不育症治療通院助成金を次のとおり請求します。なお、助成金の交付が決定された場合は、当該交付決定の日をもって下記の助成金を請求します。

記

請求額	金 円					
往復の距離 (km) × 20 円 × 回数 (回) ※往復の距離に 1 km 未満端数がある場合は切り捨てる。						
対象者氏名			生年月日			
どこから通院したか	・ 住所地 ・ その他 ()					
医療機関	所在地： 名 称：					
距 離	km					
通院日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	通院回数 () 回					
備 考	通院の状況が確認できる書類を添付すること					

振 込 先	口 座 等	ふりがな 口座名義													
		金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	銀行・信用金庫・信用組合・農協												
			本店・支店												
			種別	当座・普通	口座番号										
		ゆうちょ銀行	通帳記号												
備 考															